



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA **23 MARZO 2018**

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA
(TIZIANA LENZO –MARIELLA QUINCI)

SANITA. Per Anaa e Cimo i vuoti degli organici sfiorano il 50 per cento e pesa la questione sicurezza. Cappello (M5S): si scorrono le graduatorie, ma senza

La rivolta dei medici, meglio disoccupati che al pronto soc

PALERMO

••• Meglio disoccupati che al pronto soccorso: succede che le chiamate per medici e infermieri in numerosi pronto soccorso non trovano risposta e i posti restano desolatamente vuoti. La cronica carenza di camici bianchi, cui le frequenti chiamate di Asp e aziende ospedaliere non riescono a fare fronte, è confermata da un recente studio dei sindacati Anaa e Cimo che testimonia come nei pronto soccorso con accessi che vanno dai 30 mila ai 50 mila annui, i vuoti arrivano a sfiorare il 50 per cento della dotazione organica.

«Le Asp e le aziende ospedaliere scorrono le graduatorie e provvedono alle chiamate per il pronto soccorso, ma non ricevono alcuna risposta», afferma il deputato M5S della commissione Sanità dell'Ars, Francesco Cappello. E cita come esempio il pronto soccorso di Caltagirone, dove i posti occupati sono circa il 50 per cento di quelli previsti in pianta organica: dei 26 medici previsti ce ne sono in servizio solo 10, mentre rispondono all'appello

18 infermieri dei 34 sulla carta. «Paradossalmente ci sono giovani medici che preferiscono anche rimanere a casa, in attesa di migliori collocazioni, che spesso non arrivano in tempi brevi, piuttosto che scegliere di lavorare in quello che sta diventando una sorta di Far west - aggiunge Cappello-. Perché di questo si tratta: molti professionisti operano in condizioni disumane e spesso rischiano pure la pelle a causa delle frequenti aggressioni. L'ultimo caso, freschissimo al Vittorio Emanuele di Catania. Così non può continuare». Per porre riparo alla situazione il M5S ha presentato una mozione all'Ars per impegnare il governo regionale ad attivare urgentemente diverse procedure di reclutamento, anche straordinarie. Tra queste, procedure concorsuali e di mobilità infra ed extra regionale per medici di altri pronto soccorso o di altri camici bianchi compatibili con l'operatività nelle aree di emergenza. Secondo Massimo Geraci, referente Anaa per l'emergenza, per riportare i medici in pronto soccor-

so si dovrebbe pure agire sul piano della vocazione e formazione professionale. «Bisogna - dice Geraci - creare medici specializzati ad hoc, il pronto soccorso non può essere un posto di ripiego per un cardiologo o uno pneumologo che non hanno trovato spazio altrove». L'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza, si è impegnato a cercare una soluzione al problema: «Va individuata insieme all'Ordine dei medici e in modo organico» ha detto Razza. Nel documento di economia e finanza regionale è stata individuata come priorità quella della sicurezza dei medici: «È un impegno strategico che deve andare di pari passo con le altre istituzioni chiamate a garantire la sicurezza». (*SAFAZ*) **SALVATORE FAZIO**



Francesco Cappello

Non si può definire precario chi ha già un posto fisso in altra azienda o in altra regione

Lavoro a veri precari, no mobilità "mascherata" da stabilizzazione

Poche settimane addietro anche la Cimo aveva espresso, su queste stesse colonne, la propria soddisfazione in merito alle procedure di stabilizzazione dei precari della sanità pubblica, tanto a lungo invocate e finalmente avviate anche in Regione siciliana. A leggere i titoli di quotidiani e di media online, sembrava cosa fatta, non più un traguardo sempre inseguito e mai raggiunto, semmai un capitolo da affidare oramai alle pagine dei libri di Storia, per eventuali approfondimenti retrospettivi di sociologi e politologi o, magari, per il diletto degli opinionisti che affollano i salotti televisivi.

E invece ancora una volta dobbiamo ricrederci, anche se parzialmente. Il processo di stabilizzazione è iniziato per davvero e difficilmente al punto in cui siamo si potrà tornare indietro, ma la storia di questa italica vergogna chiamata "precariato" ci ha insegnato a diffidare, perché già in passato ci eravamo persuasi di averla spuntata e poi non se ne è fatto più niente (vedi DPCM del 2015). Oggi non è più quel tempo, la macchina si è veramente messa in moto ma non si possono tuttavia sottacere le difficoltà che l'intera procedura di stabilizzazione sta incontrando lungo il suo cammino.

Nonostante delibere, avvisi di ricognizione e Bandi pubblicati o ancora da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, coloro che hanno apposto la propria firma in calce ad un contratto a tempo indeterminato sono ancora troppo pochi. Colpa dei cosiddetti "tempi tecnici", eufemismo che nasconde l'amara condizione della letargica macchina amministrativa di Asp e aziende sanitarie, fatta di ataviche lungaggini burocratiche e di inefficienze mai risolte.

La cosa che più ci ha lasciati sgomenti è la asserita difficoltà interpretativa, incontrata dai manager delle aziende sanitarie, delle norme che regolamentano la materia, manco fossero state scritte in aramaico. Ci sono volute varie Circolari esplicative, sia ministeriali che regionali, per provare a sgombrare il campo da dubbi e da perplessità filologiche, ma anche questo non è stato sufficiente. Astenendoci dal ricorso ad un esperto in glottologia, siamo riusciti a far digerire a più d'uno l'assunto che il tetto del 50% della facoltà assunzionali non andava appli-

cato all'ormai famoso (o famigerato) comma 1 dell'art. 20 del Decreto Madia, che prevede l'immissione in servizio, senza ulteriore procedura concorsuale, di chi ha maturato tre anni di anzianità di servizio negli ultimi otto al 31 dicembre 2017.

Sempre con la sola forza della logica proposizionale, ci siamo poi cimentati, anche in questo caso con successo, nel far comprendere che le risorse economiche da considerare per le stabilizzazioni sono le somme complessive servite nel triennio 2015 - 2017 al pagamento dei precari e non più i limiti di spesa relativi al 2009 del vecchio Decreto Legge 78 del 2010. Ma nelle nostre diciassette repubbliche delle banane (per singolare coincidenza è lo stesso numero di aziende sanitarie siciliane), tutto questo non poteva bastare e, difatti non è bastato.

Il solerte assessore della Salute ha provato a ricondurre le procedure di stabilizzazione nel solco dell'uniformità amministrativa, ma alla fine si è reso conto che quanto si era prefissato equivale a radunare una scalpitante mandria di cavalli selvaggi per farla entrare contemporaneamente nel recinto. Alla fine, se non fai schioccare bene la frusta, qualcuno riesce sempre a uscire dai ranghi e bisogna ricominciare da capo. Ed è così che ogni azienda ha partorito atti amministrativi differenti gli uni dagli altri, in molti casi di tenore diametralmente opposto.

Qualcuno si è limitato ad espletare la prevista e semplicissima ricognizione interna degli aventi diritto e ne ha subito deliberato l'immissione in servizio, altri hanno scelto la strada del Bando da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, sia nazionale che regionale, con evidente allungamento dei tempi della procedura. Ed infine c'è ancora chi ha confuso la stabilizzazione dei precari con la mobilità, ritenendo di includere nella procedura in corso chi in realtà precario non è, avendo di fatto un "posto fisso" presso altra azienda, a volte in altra Regione, e solo temporaneamente titolare di un contratto a tempo determinato perché in aspettativa.

Come può un soggetto detentore di un contratto a tempo indeterminato definirsi precario ancora non è stato chiarito da nessuno, ma la difformità interpretativa delle varie aziende sici-

liane ha indotto l'Assessorato a chiedere un'ulteriore interpretazione alla Conferenza delle Regioni, che ne ha calendarizzato l'esame per lo scorso 21 marzo, anche se va comunque sottolineato come i pareri della Conferenza delle Regioni non siano altrettanto vincolanti come quelli della Conferenza Stato-Regioni, e con ogni probabilità l'arrivo del suddetto parere non sarà conclusivo ma contribuirà forse a ingenerare altra confusione oltre all'attuale.

Di sicuro c'è che lo stesso titolo dell'articolo 20 del Decreto recita testualmente "superamento del precariato nella pubblica amministrazione" e a partire da questo non ci dovrebbero essere dubbi circa i destinatari cui è rivolta la norma. La posizione della Cimo in merito alla questione è molto chiara e decisa, rappresentando questo aspetto quello forse più inquietante dell'intero guazzabuglio interpretativo del Decreto Madia.

Se qualcuno pensa di poter aggirare la mobilità regionale ed interregionale camuffandola da stabilizzazione si sbaglia di grosso. Questa mobilità travestita da stabilizzazione di chi un lavoro ce l'ha già anche se altrove, rischia di mettere a repentaglio la possibilità dei veri precari di accedere all'impiego pubblico con contratto a tempo indeterminato e questo è inaccettabile.

Comprendiamo le legittime aspettative di quanti abbiano operato una scelta quasi obbligata di accettare un lavoro lontano da casa e delle esigenze personali e familiari, spesso di non poco conto e anche per questa categoria di lavoratori ci adopereremo ad agevolare il più possibile le procedure di mobilità VERE, senza però il ricorso ad arzigogolate scorciatoie e illegittime prevaricazioni a danno di chi è in attesa da anni di uscire da questa deplorabile condizione di precariato per vedersi restituire la dovuta dignità umana e professionale.

Giuseppe Riccardo Spampinato
Segretario organizzativo nazionale Cimo

Il processo di stabilizzazione è iniziato davvero e difficilmente si potrà tornare indietro

Nuovo contratto della Sanità, Fsi-Usae oggi in sciopero: «Ecco i motivi della nostra protesta»

insanitas.it/nuovo-contratto-della-sanita-fsi-usae-oggi-in-sciopero-ecco-i-motivi-della-nostra-protesta/

March 23, 2018



Due ore di **sciopero** del personale del Servizio sanitario nazionale: è stato indetto oggi (venerdì 23 marzo) dalla **Fsi-Usae**, Federazione Sindacati Indipendenti, organizzazione costituente della confederazione Usae, e si terrà all'inizio di ogni turno.

Oltre 400 mila associati in Italia con 18 strutture regionali e oltre 75 territoriali, il sindacato annuncia anche una manifestazione nazionale a Roma in piazza Santi Apostoli nel giorno della prima riunione parlamentare della 18a legislatura. Saranno presenti le delegazioni dalla Sicilia.

Sotto accusa dalla Fsi- Usae **alcuni punti della nuova ipotesi di Ccnl di comparto**, non a caso sottoscritta con riserva: "Riteniamo questa pre-intesa come quella di un contratto ponte, un contratto che giuridicamente durerà solo pochi mesi. **La questione economica e professionale non può quindi considerarsi chiusa** e lo sciopero ci sta tutto", sottolinea il segretario regionale **Calogero Coniglio**.

Sollecitate le **stabilizzazioni**, lo sblocco del turn-over e l'azzeramento delle **esternalizzazioni**, delle **consulenze** e degli appalti di servizi, "perseguendo il miglioramento della qualità della vita nei luoghi di lavoro e la garanzia del giusto riposo dei lavoratori, ponendo altresì l'accento sulle questioni professionali".

"In buona sostanza- aggiungono dal sindacato- il riconoscimento della dignità e del ruolo per le professioni sanitarie, cioè degli operatori che ormai sono tutti laureati, altamente specializzati, con specifiche competenze esclusive e responsabilità enormi, è indifferibile. Riteniamo necessario **prendere subito atto delle evoluzioni normative** delle medesime professioni per garantire adeguati sviluppi di carriera e la definizione di **un'area quadri** per queste professioni. Questo contratto dura pochi mesi e li

utilizzeremo tutti per la riclassificazione come è già avvenuto fra il 99 ed il 2001. La commissione messa in piedi con questo contratto è un primo significativo passo, ma per ridefinire le competenze professionali e i relativi inquadramenti e darvi concretezza **sono necessarie delle risorse straordinarie** che al momento non ci sono e che noi rivendichiamo”.

La foto è di archivio

CEFALÙ

Riabilitazione all'Ospedale Giglio: un modello organizzativo

La sanità italiana è ancora troppo centrata sulla malattia e sulle disfunzioni d'organo e tuttora ricalca modelli organizzativi delle discipline specialistiche. In verità, il più delle volte, dopo una malattia si innescano complessi meccanismi che determinano a cascata la disfunzione di un organo, la limitazione delle attività di una persona e la restrizione della sua partecipazione sociale. La disciplina che studia le disfunzioni d'organo, la limitazione dell'attività di una persona e la restrizione della sua partecipazione è la Riabilitazione.

La Riabilitazione è, infatti, la organizzazione sanitaria deputata alla gestione del complesso mondo della disabilità. Nessuna competizione con le discipline mediche e chirurgiche il cui compito è quello di intervenire nella fase diagnostica e terapeutica di una malattia. A cui va il merito delle innovative tecniche diagnostiche e terapeutiche che hanno consentito il controllo di malattie ritenute incurabili.

La riabilitazione deve intervenire nella fase della cronicità e della disabilità con la presa in carico della persona per l'intero percorso assistenziale. La presa in carico viene definita globale poiché la riabilitazione deve elaborare strategie competenti nel rispetto delle dimensioni biologica, psicologica e sociale e della centralità della persona.

I cardini su cui si basa l'organizzazione della riabilitazione sono la multidisciplinarietà e la continuità assistenziale. La multidisciplinarietà è mandatoria. La centralità della persona presuppone che su quel determinato paziente convergano tutte le competenze necessarie in caso di disfunzioni multiorgano in una stessa condizione morbosa o di morbilità multiple nel percorso delle persone fragili quali quelle con disabilità e cronicità.

Secondo il Piano della riabilitazione della Regione siciliana il team della riabilitazione deve essere composto da 1) professionisti medici (fisiatri, neurologi, cardiologi, ortopedici, o

neuropsichiatri infantili, pneumologi, otorinolaringoiatri, oculisti). 2) professionisti sanitari dell'area della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità della età evolutiva, terapisti occupazionali, ortottisti); 3) massofisioterapisti, psicologo clinico, assistente sociale, neuropsicologi, tecnico di neurofisiologia; 4) personale con specifica formazione riabilitativa in ambito sociale, socio-sanitario e assistenziale, di animazione e di sostegno, idrokinesiterapia; 5) famiglia o caregiver.

Il ruolo chiave nella organizzazione del team della riabilitazione è svolto ex-aequo dall'infermiere con competenze riabilitative dal versante sanitario e dal caregiver dal versante dell'assistito. La riabilitazione è quindi una comunità ove si realizza un'alleanza di interventi a beneficio della persona disabile. La pretesa autonomia di categorie di professionisti è un contro senso. Deve essere invece salvaguardata l'autonomia del singolo professionista e delle sue conoscenze. Le competenze del team per risultare efficaci devono essere integrate e coordinate.

La continuità assistenziale viene formalizzata dal Progetto Riabilitativo Individuale e realizzata attraverso il dipartimento di riabilitazione e la rete della riabilitazione. Il Progetto Riabilitativo Individuale è lo strumento operativo che rende l'intervento riabilitativo rispondente ai bisogni reali del paziente. Il dipartimento di riabilitazione è l'insieme delle strutture che seguono il percorso della persona con disabilità e che comprende l'organizzazione ospedaliera e quella territoriale. La Rete integrata di riabilitazione prevede centri principali e centri periferici in grado di garantire a tutti i soggetti disabili l'assistenza riabilitativa necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. Concorrono a formare la rete le strutture a valenza regionale di alta specialità riabilitativa, le strutture ospedaliere a valenza provinciale di riabilitazione

intensiva, le strutture riabilitative ospedaliere aziendali e le strutture territoriali aziendali.

La Riabilitazione della Fondazione Giglio di Cefalù è un esempio di buona organizzazione; è divenuta, nell'arco di poco più di 10 anni, uno dei punti di riferimento dell'intera Regione siciliana. È costituita dall'Unità di risveglio, dall'Unità di medicina fisica e riabilitazione e dall'Unità di lungodegenza. È stata progettata come U.O. a valenza dipartimentale con cinque competenze specialistiche: neurologica, ortopedica, respiratoria, cardiologica, geriatrica.

La riabilitazione della Fondazione Giglio vanta i suoi successi grazie alla organizzazione multidisciplinare. Concorrono alla costituzione del team medici specialisti in fisiatria, in neurologia, in malattie dell'apparato respiratorio, in cardiologia, in geriatria ed in medicina interna. Sono poi presenti infermieri esperti in riabilitazione, fisioterapisti, logopedisti, neuropsicologi, tecnici in neurofisiopatologia.

I limiti attuali della Riabilitazione dell'Ospedale Giglio sono l'assenza dei percorsi nella rete e la mancata appartenenza ad un Dipartimento. In sintesi, i criteri affinché la riabilitazione sia universale, efficiente, efficace ed economica sono la multidisciplinarietà, il Dipartimento e la Rete della Riabilitazione, attraverso i quali si realizzano gli obiettivi manageriali di efficienza, efficacia ed economicità.

Le linee guida nazionali e regionali prevedono questa organizzazione ma in regione Sicilia siamo purtroppo ancora lontani dal vederli compiutamente realizzati, con pochi esempi di organizzazioni multidisciplinari e dipartimentali e con una Rete ancora lungi a venire realizzata. Quello del Giglio di Cefalù è dunque un modello organizzativo funzionale destinato a crescere se integrato con una Rete riabilitativa regionale.

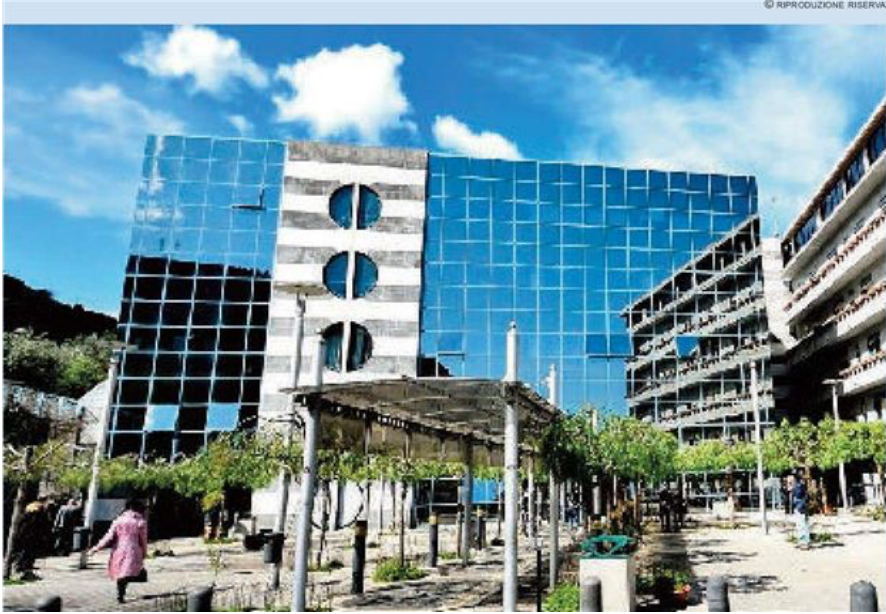
Cimo Sicilia

Una organizzazione multidisciplinare alla base del successo della Fondazione Giglio





© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ: DEL NURSIND

Un incontro a Palermo dall'assessore Razza per le emergenze

L'assessorato alla Salute guidato da Ruggero Razza ha convocato il segretario territoriale del Nursind, Giuseppe Provinzano, che esporrà tutte le criticità emerse da tempo, dalla carenza del personale ai problemi strutturali. In vista dell'incontro fissato per giovedì prossimo, 29 marzo alle 15 a Palermo, Provinzano ha chiesto un confronto al nuovo commissario straordinario dell'Asp, Maria Grazia Furnari.

«Allo stato attuale - dice Provinzano - siamo in una vera e propria emergenza soprattutto per la mancanza di personale medico e infermieristico e di supporto. I presidi che maggiormente stanno soffrendo la carenza di personale sono quelli di Gela e Mussomeli. Nel reparto di Chirurgia di Gela sono rimasti in servizio soltanto tre chirurghi mentre in quello di Mus-

someli a partire dal mese di luglio soltanto due. A onore del vero diversi sono stati gli sforzi effettuati da parte del direttore generale Santino e in passato anche dell'uscente manager Iacono, in concertazione con i capi dipartimento dell'area chirurgica Giovanni Ciaccio e Nino TIRRÒ, che hanno cercato in tutti i modi di utilizzare le graduatorie disponibili per assumere appunto medici chirurghi. Ma dei 30 chirurghi interpellati, nessuno ha dato disponibilità per venire a lavorare presso la nostra Asp, in funzione molto probabilmente della limitata durata del contratto che gli viene proposto. E cosa possiamo dire della perenne cronica carenza di anestesisti-rianimatori? Dove e come reperirli? Possiamo puntare il dito solo ed esclusivamente sul numero chiuso delle Università?».

«Da qui a qualche mese, in molte unità operative dei vari presidi dell'Asp nissena, ci troveremo di fronte a una vera e propria emergenza di personale sanitario, se la dotazione organica per qualche motivo non dovesse essere approvata dall'assessorato - aggiunge Provinzano - In base a quanto esposto, quali soluzioni possiamo attuare? Chiudere i reparti così come successo a Gela con Malattie infettive? O come la chiusura del reparto di Pediatria e del punto nascite dell'ospedale di Mussomeli? Stessa emergenza riguarda la stabilizzazione degli infermieri assunti a tempo indeterminato».

Una rete tra Asp, scuole e famiglie contro gli incidenti dentro casa

GIARRE - Si svolgerà oggi il corso di formazione sugli incidenti domestici con l'obiettivo di costruire una rete tra l'Azienda sanitaria provinciale, le scuole del territorio e le famiglie.

Il corso, organizzato dall'Unità operativa di educazione promozione della salute aziendale (Uo Epsa), diretta da Salvatore Cacciola, inizierà alle 15 nell'aula magna del Primo Istituto comprensivo G. Russo.

Completamente gratuito, è rivolto a 15 assistenti alla comunicazione e assistenti igienico-sanitari (che si occupano di bambini di scuola dell'infanzia e primaria) degli Istituti comprensivi del territorio.

L'iniziativa è svolta nell'ambito delle attività del progetto Piano di prevenzione 2014/2018 Mo 2.6 "Programma di Preven-

zione incidenti domestici ed è finalizzata ad aumentare sia l'attenzione degli educatori sul problema degli incidenti domestici affinché sviluppino, nelle loro scuole, progetti con i bambini e cambiamenti strutturali; sia la consapevolezza dei genitori e degli educatori sui comportamenti pericolosi dei bambini.

Il Siniaca - Sistema informativo nazionale sugli infortuni in ambienti di civile abitazione, presso l'Istituto superiore di sanità - ha stimato in circa 135 mila l'anno, il numero di ricoveri ospedalieri per infortunio domestico. I luoghi con le maggiori frequenze d'infortunio della casa sono rappresentati dal soggiorno/camera da letto (18,6%), seguiti da varie pertinenze come garage, parcheggio (17,9%) e dalla cucina (17,2%).

